



CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: OLHARES
ESTRANGEIROS

MENTAL HEALTH CARE IN MORE DOCTORS PROGRAM: A FOREIGN
REGARD

Josenaide Engracia dos Santos.

Wildo Navegantes de Araújo.

Rozemere Cardoso de Souza.

Vanessa Resende Nogueira Cruvinel.

Pedro Emanuel Fernandes Nascimento.

RESUMO

Uma diversidade de sofrimentos mentais tem como porta de entrada a atenção primária. Trata-se de transtornos mentais variados, caracterizados como síndrome inespecífica, ansiedade, depressão, problemas psicossomáticos e uso excessivo de psicotrópicos. Esta investigação toma como ponto de referência a perspectiva dos médicos e de participantes da pesquisa do Programa Mais Médicos (PMM), partindo das concepções e dos modos de ação/intervenção de saúde mental na atenção primária. A entrevista semiestruturada foi realizada no período de fevereiro a maio de 2017. Após a análise minuciosa por meio do mapa de Associação de Ideias, os resultados apontam que os médicos intercambistas estão preparados para manejar as situações relacionadas ao sofrimento mental e interpretar esse sofrimento a partir das dimensões históricas e sociais, articulando a família, cultura e sociedade. Ainda, incorporam a dimensão social à prática médica, de forma a ampliar a dimensão das práticas de cuidado, com foco comunitário e articulação de rede. Vislumbramos uma mudança na direção do cuidado saindo de práticas centradas no modelo biomédico, para valorização dos sentidos da saúde psíquica e social que produzem ampliação das relações sociais do sujeito.

Palavras-chave: Atenção primária a saúde. Saúde mental. Médicos.

ABSTRACT

A variety of mental suffering has primary care as a gateway. It is about mental disorders, characterized as non-specific syndrome, anxiety, depression, psychosomatic problems and excessive use of psychotropic drugs. This research takes as reference the perspective of doctors from the More Doctors Program (PMM), based on modes of action/mental health intervention in primary care. The semi-structured interview was fulfilled between February and May of 2017. After a meticulous analysis by the Association Map of Ideas, the results show that exchange doctors are prepared to deal with mental suffering and interpret that suffering based on social and historical dimensions, including family, culture and society. They even incorporate the social dimension into medical practice, in order to expand the dimension of care practices with community focus and network articulation. We envisage a change in the direction of care by leaving practices centered on the biomedical model, so as to value the senses of the psychic and social health that produce an increase in the social relations of the subject.

Keywords: Primary health care. Mental Health. Doctors.

INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) vem para mudar o panorama de escassez de médicos no Brasil, instituído pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, com vários objetivos, entre eles diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde e fortalecer a prestação de serviços na atenção básica. Além disso, o Mais Médicos tem como propósito superar a falta de assistência à comunidade, principalmente em territórios de extrema pobreza e vulnerabilidade, marcados pela precariedade da atenção médica em seu cotidiano.

Nesse contexto, os médicos do PMM possibilitam o alcance de novos alvos para qualificar a atenção primária principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2018, Pinto e Giovannella, descreve a Saúde da Família como estratégia para organização de todo o sistema de Atenção Primária à Saúde (APS), e contato preferencial dos cidadãos. As ações da APS, organizadas segundo a ESF, baseadas na criação de vínculos e no cuidado longitudinal, podem contribuir para acolhimento as demandas de saúde mental, que têm aumentado significativamente.

Assim, um dos quadros expressivos no Brasil é a presença dos Transtornos Mentais Comuns (TMC), para Skapinakis, Bellos, Koupidis, Grammatikopoulos, Theodorakis & Mavreas (2013), TMC são caracterizados por sintomas somáticos como irritação, cansaço, esquecimento, redução da capacidade de concentração, ansiedade e depressão. Os TMC compreendem sintomas como insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração, queixas somáticas inespecíficas. De acordo com Souza, Barbosa, Silva, Souza, Ferreira e Siqueira (2017), no Brasil, a prevalência de TMC na população geral é de 29,9%, chegando a 38% nos usuários da APS.

No sentido de aproximar a APS da saúde mental, o Ministério da Saúde incentivou a capacitação das equipes de saúde da família para manejar as demandas de saúde mental para o reconhecimento, atuação e intervenção como forma de recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico.

Diariamente, as situações em saúde mental são identificadas na atenção primária. Para Moura, Pinto, Martins, Pedrosa e Carneiro (2016), trata-se de problemas associados ao uso excessivo de psicotrópicos em transtornos mentais e a situações decorrentes da violência e da exclusão social, muitos transtornos mentais leves. Milhorim e Costa Neto (2019) identificam as queixas e seus sintomas associados com sofrimento psicossomático, pois aquilo que é físico ou corporal tem mais legitimidade como sofrimento real.

Wenscelau e Ortega (2015) relatam que a identificação e o acompanhamento das situações de sofrimentos, são passos essenciais para o manejo do adoecimento psíquico; pois, ao ofertar cuidados em saúde mental na atenção primária, possibilita para as pessoas acesso próximo às suas casas, sem comprometer seus vínculos familiares e de suporte social, aspectos importantes na recuperação. Todavia, como os profissionais têm manejado as situações de sofrimento psíquico, em especial, no cenário do Programa Mais Médicos? Como os médicos do programa percebem e lidam com o sofrimento psíquico?

O escopo desta pesquisa é analisar como o médico que tem registro profissional no exterior lida e interpreta as situações relacionadas com a saúde mental na APS. Esta investigação toma como ponto de referência a perspectiva dos médicos, partindo das concepções e dos modos de ação/intervenção na APS. Além disso, o entendimento sobre o assunto possibilita a discussão da abordagem psicossocial, conceitos, modelos de interpretação, recursos terapêuticos e posicionamento quanto ao sofrimento mental. A produção de cuidado de saúde mental na perspectiva dos médicos abre o debate sobre o Programa Mais Médicos, de forma crítica no manejo do sofrimento mental.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo exploratório, apoiado na abordagem qualitativa. Deslandes, Gomes e Minayo (2011) afirmam que tal abordagem abrange a questão do significado e da intencionalidade ligada aos, atos, relações e estruturas sociais. Expressa na linguagem que atravessa a prática médica. Nessa perspectiva, à medida que se conversa, novos sentidos e significados podem ser gerados e, portanto, as pessoas juntas têm a possibilidade de criar novas formas de se relacionar e de estar no mundo, ressignificando antigos discursos e criando novos.

O cenário de pesquisa foram às unidades das ESFs do município de Valparaíso de Goiás e entrevistou 15 médicos. O número de entrevistados foi definido por entender que a compreensão aprofundada do objeto de estudo é mais significativa do que a representação numérica. O recrutamento dos participantes foi realizado pela pesquisadora e coordenadora da atenção primária do município, por meio de sorteio entre distintas equipes de saúde da família e unidades básicas em bairros diferentes.

No sorteio, todos recrutados eram médicos cubanos. Ressalta-se que o município no momento da pesquisa tinha alocado na secretaria de saúde vinte e cinco médicos cubanos. Foram levados em consideração os seguintes critérios: Ser médico intercambista independentemente da nacionalidade brasileira ou estrangeira, ter registro profissional no exterior e trabalhar no ESF há mais de um ano.

A coleta de dados estendeu-se de fevereiro a junho de 2017. A técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada que permite ao pesquisador obter os dados de forma mais flexível, baseados em parâmetros com profundidade e não dirigida, evitando-se perguntas que pudessem dirigir respostas para o que se tem em mente; também procurou-se dialogar com o entrevistado dentro de um campo descontraído, em que se propicia o máximo de liberdade de expressão, mas, seguindo um roteiro que abordou: sexo, idade, tempo de formação e percepção da experiência vivenciada com o pacientes em torno da temática de sofrimento psíquico.

O procedimento de coleta de dados consistiu do registro gravado e da transcrição na íntegra, respeitando a sequência da enunciação, em colunas correspondentes às categorias descritivas para o mapeamento. Para Spink e Lima (2013), esse mapeamento corresponde à técnica denominada de Mapas de Associação de Ideias, que são instrumentos de visualização do processo de interanimação. Os mapas têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca de aspectos formais da construção linguística. Spink e Lima

(2013) relatam que os mapas constituem instrumentos de visualização para subsidiar o processo de interpretação e viabilizar a comunicação das etapas subjacentes ao processo interpretativo.

Para a realização da pesquisa, o presente projeto seguiu as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, o projeto foi aprovado pela Faculdade Ciências da Saúde da UnB. Para manutenção do sigilo, os depoentes foram nomeados pela letra M seguida de um número correspondente à ordenação das entrevistas.

RESULTADOS

Perfil dos entrevistados: todos os médicos são de nacionalidade cubana, intercambistas, ou cooperados, oito do sexo masculino, idade média de 45 anos, formados há mais de seis anos, quatro dos entrevistados estavam em missão na Venezuela. Sete do sexo feminino, idade média de 38 anos, formadas há mais de três anos, uma estava em missão na Venezuela.

Os sentidos do sofrimento mental emergiu por meio das associações de ideias com a palavra saúde mental, foi recorrente uma compreensão dessa como a necessidade de profissionais especialistas (psiquiatras e psicólogos), assim como relacionado a eventos da vida cotidiana e relacional, conforme depoimento a seguir.

Olha, a gente, a gente vê que a saúde mental tem muitas coisas, em Cuba nós temos centros comunitários. A saúde mental não é só esquizofrenia, são vários problemas que acontecem dentro da casa. E quando o paciente chega aqui vai falando e conversando e a gente consegue resolver aqui. Já tem outras coisas que é preciso o apoio do psiquiatra, psicólogo e a gente já encaminha para o Centro de atenção psicossocial, mas a maioria das coisas a gente resolve aqui, porque o problema mental é geralmente ocasionado por coisa diária da vida. Tem pessoas que não conseguem falar na casa, não conseguem falar com o esposo, o esposo não consegue falar com a mulher porque a comunicação é ruim. Então, chega aqui e fala com o médico, conversa com o médico e já sai se sentindo melhor. Então, isso ajuda muito. (M1, 40 anos)

Uma primeira questão relaciona-se com a necessidade de os médicos evitarem associar saúde mental a um processo de patologização dos estados afetivos. Mesmo considerando que talvez seja necessário um cuidado especializado com psicólogos e psiquiatras. Ressalta-se que as situações vivenciadas fazem parte de sentimentos e situações do cotidiano das pessoas, isto é, certa oscilação dos estados afetivos podem ser encaradas sem necessariamente utilizar uma intervenção terapêutica medicamentosa. O comportamento dos médicos não se pautava na racionalidade médica, mas na compreensão da necessidade de saúde dos usuários.

Tem pessoa que vem com problema de ansiedade, que não é especificamente uma doença como tal, entendeu? Um problema que tem na sua vida do dia a dia, entendeu? Vem falar com a gente para escutar conselhos, ou para essas coisas de falar. Quase tudo se resolve aqui na atenção primária, pois o objetivo é dar um bem-estar à população. Aqui no Brasil, a pessoa tem um pouco de receio com isso, entendeu? Porque sempre chega pedindo encaminhamento, por exemplo, por doença que a gente pode resolver. (M3, 45 anos)

A interpretação da saúde mental articulava o tempo vivido, por meio das experiências acumuladas nos serviços de Atenção primária em Cuba. Assim sendo, a saúde mental era

referida a partir dos serviços que conheciam, logo o entendimento da saúde mental se ampliou para o recorte social.

Alguns pacientes estão em situação crítica. Situação econômica difícil. Há também uma influência do sistema econômico do País, questão social, muita pobreza e do ambiente familiar que às vezes tem influência para a pessoa ficar com problema mental. Um paciente que tem, por exemplo, um pai alcoólatra. É bastante difícil para nós influenciar nisso, justamente pelas diferenças entre as culturas. É um desafio lidar com a saúde mental no Brasil (M7, 40 anos).

No caso de médicos cubanos do PMM, mesmo compreendendo o complexo emaranhado de mediações sociais, econômicas e culturais que tem consequências para a subjetividade humana, eles interpretam que existe uma dificuldade de influenciar esse sujeito para mudanças comportamentais com sofrimento psíquico, devido às diferenças entre os países, uma outra cultura e um novo território. Eventuais dificuldades ao manejo do usuários foi comentada como uma questão pessoal.

Nas práticas discursivas, os médicos reiteram que questões econômicas e sociais influenciam no estado de saúde mental da população. Em 2007, Ribeiro relata, que a falta de trabalho pode gerar uma vida sem significação e uma situação de vulnerabilidade social, a qual pode ocasionar uma desordem simbólica e psíquica. Estudos têm demonstrado que a situação de desemprego pode acarretar: conflitos e isolamento social. Entretanto, o posicionamento acolhedor e empático é um traço marcante na relação de comunicação do médico cubano, principalmente na arte de conduzir uma conversação, considerando as necessidades do usuário e suas percepções singulares a respeito do adoecimento, reconhecendo que a experiência ganha sentido para o médico e paciente.

Porque aqui vem muito paciente com depressão. Você sabe que o País tá passando por uma situação difícil, e de certa forma isso repercute em toda pessoa, e algumas pessoas têm uma doença de base. Mas, geralmente o nervoso é desencadeado devido à condição especificamente financeira e não ter emprego. Muito jovem que não tem a possibilidade de estudar tem problema de confiança com eles. Eles falam no consultório. Quando saem da porta, voltam de novo, olham pra mim e me falam que fui bem na palavra. (M4, 38 anos)

Os médicos sinalizam que é fundamentalmente no mundo da vida cotidiana que se elaboram e se desenvolvem as ações conjuntas para lidar com a doença. Os médicos narram que tratar do caráter subjetivo, intersubjetivo e social das experiências de doença e cura conduz a um exame cuidadoso da realidade cotidiana e os usuários aprenderiam a gerenciar seus problemas, como a depressão e ansiedade. Depoimento a seguir.

Quando a pessoa não sabe enfrentar o problema, a pessoa tem depressão. Não tem trabalho e não há como pagar a conta, e eu não quero extrapolar, a gente ajuda aquele para não ficar dependente de medicação. Eles querem medicação, mas a medicação não vai resolver, não vai tirar o problema dele, o problema irá continuar, a pessoa tem que aprender com isso, buscar uma solução certa para isso. (M6, 42 anos)

Aqui no município tem bastante pessoas com depressão. Tem, tem muito paciente que toma fluoxetina, amitriptilina, clonazepam e diazepam. Tem caso que é isso, tem coisa que tem que ser avaliado pelo psiquiatra, mas assim, por exemplo, chega uma paciente agora que fala para nós os sintomas que ela tem, que está com depressão, que não dorme bem, começo a

fazer perguntas, e você acha que é depressão. Ai coloco um tratamento mais leve, fluoxetina que é o principal, que é o que mais se usa na depressão. (M2, 36 anos)

Desta forma, o encontro terapêutico não estaria pautado exclusivamente pela racionalidade biomédica, ou seja, na medicação, mas sim por um diálogo entre médicos e pacientes. Para Ayres (2001), isso é estabelecer um entendimento mútuo com o intuito de buscar e alcançar a concreta realização de um sucesso prático, ou seja, o desenvolvimento de ações de saúde que considerem as singularidades de cada sujeito no seu modo de ser no mundo.

Em muitas falas, esteve também evidente a forte responsabilidade dos médicos intercambistas com o cuidado. Cuidado, baseado na construção de confiança, por meio da escuta, identificando demandas, necessidades e pautado na conversação, abrindo espaço para acolher o estranho e adverso. Para Gadamaer (2005), fazer um intercâmbio de opiniões e chegar a uma linguagem e a uma decisão comum, que favorece a confiança.

É assim, tratar de apoiar o paciente, pois eles chegam aqui, muito doentes e sofridos. É presente aqui no saúde da família, eles cheios de problemas com filho, marido todo dia. E aí muitos usam medicação que pode dá dependência, mas nós procuramos conversar e dá uma confiança e eles gostam e ouvem a orientação. (M4, 38 anos)

Os sentidos de gênero na saúde mental foi marcado no estudo de saúde mental no Mais médicos. Os autores Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes, Hillegonda e César (2006) afirmam que existem diferenças de gênero e sugerem que a presença do nervoso é mais de 50% no sexo feminino; depressão e ansiedade são sintomas mais comuns, em mulheres. Levantou-se a hipótese de que a opressão de gênero é elemento relevante para explicar essa associação. Dimenstein, et al (2017) o sofrimento psíquico tem associação com os eventos produtores de estresse, gênero, condições de vida e de trabalho, más condições de moradia, baixa renda, desemprego e trabalho informal.

Aqui metade das mulheres são nervosas, os homens reclamam que não conseguem dormir direito. Não sei como funciona isso aqui, todo dia tem alguém aqui que está nervoso, não consegue dormir ou está em depressão. (M8, 36 anos)

Repertórios, que emergiram sobre o sentido atribuído ao cuidado em saúde mental, trazem questionamentos e relatam as dificuldades de articulação com a rede de saúde para ter uma atitude resolutiva frente à demanda. É curioso notar que a abordagem ainda utiliza os hospitais psiquiátricos, mas faz ressalva à necessidade de acompanhamento na APS.

“Fizemos uma visita domiciliar, a gente foi lá olhar e a paciente estava em surto psicótico, alucinando e delirando, não sabia o que fazer, aí eu liguei para a secretaria de saúde, porque eu não sabia como funcionava direitinho, falaram que era para tratar em Taguatinga, Hospital Psiquiátrico São Vicente. E nós acompanhamos quando ela voltou da internação” (M8, 36 anos).

Utilizou-se ainda a violência como categoria responsável pelo sofrimento psíquico. Nos relatos, os participantes da pesquisa fazem correlações entre a estrutura de violência que compõem o cotidiano e os sofrimentos mentais, para os casos de manifestações de agravos na forma tradicional (depressões e ansiedades).

“Tem muito caso de estupro em criança atendida, violações dos próprios familiares que não sou acostumada em Cuba, e são pacientes assim, de baixa renda, baixa renda mesmo. Vou

fazer 3 anos no Mais Médicos e ainda não consegui me adaptar, coisas que eu não consigo ajudar. Experiência assim com uma criança que o próprio irmão mexeu com ela, aí eu fiquei um pouco chateada assim, e a experiência que vou para o terceiro caso de violência com criança feito por irmão, padrasto e vizinho. A criança que atendi cheia de trauma e problema mental encaminhei para o psicólogo” (M5, 35 anos).

Para Bourdier (1998), o sofrimento vai ganhando forma: a forma das estruturas sociais violentas, geradoras da precariedade em todas as suas dimensões. A realidade social da violência é tensa, densa, complexa e geradora de situações de sofrimento e dor. A realidade da violência é perversa e autodestrutiva

DISCUSSÃO

O primeiro ponto a ser discutido, diz respeito ao sistema de saúde do Brasil e de Cuba, nos quais encontramos convergências e divergências. Roja Ochoa (1999) afirma que o sistema cubano baseia-se nos princípios de equidade, humanização do cuidado, acesso e reconhecimento do caráter estatal e social da Medicina, dirigido para as ações de promoção e prevenção de saúde, o Sistema de Saúde do Brasil segue os mesmos princípios. Entretanto, para Fertoni, Pires, Biff e Scherer (2015), as ações, inclusive na APS, continuam predominantemente centradas no médico, no tratamento e na reabilitação de doenças, ao contrário do sistema de saúde cubano.

Os médicos cubanos, que estão na APS no Brasil, vêm de outra formação, de outra realidade social, cultural e a prioridade de atenção é da família, dos grupos e das comunidades. A interpretação e a forma como lidam com as situações relacionadas ao sofrimento mental são marcadas pelo caráter social. Os usuários são entendidos como seres históricos e sociais, que fazem parte de uma família e de determinada cultura. Os médicos cubanos, pautam o seu entendimento e sua prática na teoria psicossocial. Em entrevista com o médico psiquiatra cubano Raul Gil Sánchez, relata:

Y la salud mental es mucho más que enfermedad mental. Es generar bienestar, es desarrollar la espiritualidad, es mejorar calidad de vida, es cambiar estilos de vida, es enseñar a la gente a disfrutar de los pequeños detalles, de las pequeñas cosas, es que la gente sienta satisfacción por su trabajo, satisfacción por formar una familia. (Oliveira, 2010, pp. 227-229)

Com essa perspectiva de trazer à tona os determinantes sociais, para os médicos a configuração dos signos relativos à saúde mental, recai sobre os domínios relacionais e cotidianos dentro dos contextos sociais. É neste sentido que é importante o sofrimento mental ser compreendido dentro dos contextos sociais específicos em que ele é concebido.

O desemprego e a violência aparecem como fatores importante para o sofrimento mental. Para os intercambistas, as pessoas incorporam essa situação como um fracasso. Para Sawaia (2014), eles supõem que seus comportamentos cotidianos são interpretados como sinais de inferioridade do seu status e desse fracasso social; o status de desempregado se reverbera no corpo.

Outro aspecto referido pelos médicos é a visão do cuidado em saúde mental, produzido na atenção primária, modelados a partir da potencialidade dos diálogos estabelecidos entre médicos e pacientes. Eles incorporam a dimensão social à prática médica, com o intuito de ressignificar os elementos estruturais, estender a percepção acerca dos determinantes dos processos de saúde-doença dos indivíduos, de forma a ampliar a dimensão das práticas de cuidado em saúde mental.

Diante destas colocações, pode-se inferir que o reconhecimento, pelos médicos, dos determinantes sociais de saúde na depressão, na ansiedade e na violência de todos os tipos, potencializa a efetivação dos pressupostos de integralidade entendidos como “boa prática de cuidado” para minimizar os problemas das pessoas atendidas na atenção primária. Segundo relato, o que acontece é: “resolvemos quase todos os problemas aqui”, sem necessariamente utilizar “medicalização” da população atendida, uma proposta terapêutica que se propõe a operar mudanças no exercício cotidiano do cuidado em saúde mental na dinâmica relacional, com novas representações que apontem caminhos novos, humanizados, solidários, afetivos e relações mais pluralistas, democráticas e em embevecidas de justiça social.

CONCLUSÃO

A temática saúde mental na atenção primária é um fenômeno complexo, e as decisões dos médicos a respeito do tratamento se dão no interior de práticas pautada no cuidado solidário, afetivo e resolutivo, que converge para os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Os modos de abordagem dos médicos se mostram claros e diversos. Em nenhuma das narrativas os médicos se sentiram desconfortáveis com a temática saúde mental.

Com a presença dos intercambistas, vislumbramos uma mudança na direção do cuidado saindo de práticas centradas no modelo biomédico, curativo e de intervenção medicamentosa para valorização dos sentidos para a saúde psíquica que produzam ampliação das relações sociais do sujeito, conduzindo o cuidado para o recorte psicossocial que coloca os médicos mais próximos da experiência dos usuários da APS.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R. de C. Mesquita., (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>
- Bourdieu, P., (1998). *A miséria do mundo*. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Decreto lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013.
- Ministério da saúde Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. (2017) Programa mais médicos: dois anos: mais saúde para os brasileiros. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf>. Acesso em: 08 maio 2017.
- Pinto, L. F., & Giovanella, L., (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1903-1914. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

- Carreiro, T. C., (2014) A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. In: Sawaia, Bader. *A artimanha da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Deslandes, S. F., Gomes, R., Minayo, M. C. de S., (2011). *Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes Limitadas.
- Dimenstein, M., Siqueira, K., Macedo, J. P., Leite, J., & Dantas, C., (2017). Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 72-87. Recuperado em 27 de setembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Fertonani, H. P., Pires, D., E. Biff, D., & Scherer, M. D. dos A., (2015). The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869-1878. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
- Gadamer, H. G., Verdade e método. (2005) Tradução: Flávio Paulo Meurer (revisão da tradução: Enio Paulo Giachini). Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista: EDUSF.
- Gorry, C., (2013) Servicios comunitarios de salud mental en Cuba. *MEDICC Review*, v. 15, n. 4, p. 11-4.
- Milhorim, T. K., & Costa Neto, S. B., (2019). Manifestações corporais do sofrimento psíquico: psicossomática em contexto de pronto-socorro. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22(1), 127-153. Recuperado em 27 de setembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Moura, D. C. N., Pinto, J.R., Martins, P., Pedrosa, K. A., Carneiro, M.C D.,(2016) Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. *SANARE, Sobral - V.15 n.02, p.136-144, Jun./Dez.*
- Rojas, O. F., (2003). Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 157-169. Recuperado em 27 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200011&lng=es&tlng=es.
- Oliveira, W. F.,(2010) Entrevista Raúl Gil Sánchez. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, SC, v. 2, n. 4-5.
- Ribeiro, M., (2007). Psicose e desemprego: um paralelo entre experiências psicossociais de ruptura biográfica. *Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho*, 10(1), 75-91. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v10i1p75-91>
- Sawaia, B., (2014) O sofrimento ético político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia, Bader. *A artimanha da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Petros, S., Stefanos, B., Sotirios K. I., Grammatikopoulos, P., N Theodorakis & Venetsanos, M.(2013) Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a

nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC psychiatry*, v. 13, n. 1, p. 163.

Souza, L. P. S., Barbosa, B.B, Silva, C.S. O., Souza, A. G. de F., Ferreira, T. N., & Siqueira, L das G., (2017). Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 59-66. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0193>

Spink, M J., Lima, H., Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos de interpretação. In: SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

Wenceslau, L. D., & Ortega, F., (2015). Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1121-1132. Epub August 21, 2015. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>.